附件 1-3-2

臺南市政府衛生局

116 年度周產期高風險孕產婦(兒)追蹤關懷計畫

壹、依據

一、優生保健法第 2 條：「本法所稱主管機關：在中央為行政院衛生署；在直轄市為直轄市政府；在縣(市)為縣(市)政府」。

二、優生保健法第 7 條第 2 款：「主管機關應實施孕前、產前、產期、產後衛生保健服務及指導」。

貳、背景說明

為強化弱勢族群母嬰健康，使其規律產檢並提升孕產相關健康識能，國民健康署於 106 年起逐步推動「周產期高風險孕產婦(兒)追蹤關懷計畫」(原名：高風險孕產婦健康管理試辦計畫)，並經行政院核定為第 1 期「優化兒童醫療照護計畫(110 至 113 年)」推動之計畫之一，為持續完善我國兒童醫療照護，承續前期計畫辦理第 2 期「優化兒童醫療照護計畫（114-117 年）」。本計畫補助 22 縣市衛生局或婦幼發展局結合轄區醫療院所共同推動，針對具有健康、社會經濟風險因子之高風險孕產婦，提供孕期至產後 6 週或 6 個月之衛教諮詢、關懷追蹤及資源轉介等服務。

參、計畫執行期間

本計畫期程自 114 年 1 月 1 日起至 117 年 12 月 31 日止，為 4 年期計畫，採分年審查及核定方式辦理。116 年度計畫執行期間自 116 年 1 月 1 日起至 116 年 12 月 31 日止。

肆、計畫執行內容

一、結合轄內公私部門及社區健康資源，並與轄內醫事機構、民間團體或助產人力合作(合作同意書如**附件表 1**)，共同推動本計畫。

二、針對高風險孕產婦進行健康需求評估，提供孕期間至產後 6 週或延長至 6 個月之衛教諮詢、關懷追蹤及資源轉介等服務。如有社政資源需求，則協助轉介及通報，或介接至衛生福利部各司署所提供之服務方案(如：育兒指導服務方案、幼兒專責醫師計畫等)，必要時啟動社政及衛政共同訪視合作機制。

三、辦理相關會議：

(一)至少辦理 1 場業務聯繫會議及個案追蹤成果發表會，邀請合作醫療院所、社會局(處)、教育局(處)、轄區婦幼相關民間團體等共同參與。

(二)至少辦理 1 場關懷追蹤服務訪視人員教育訓練，並進行服務品質考核及獎勵。

(三)對於特殊或複雜個案(如：多重風險因子個案、未滿 20 歲且孕期全程未產檢個案等)進行個案來源、資源連結等跨局處討論會議，以強化橫向連結之緊密度，並提供個案需要之多元服務。

四、計畫服務對象：

(一)具以下任 1 項健康風險因子

1、健康行為風險因子

(1) 目前有吸菸者

(2) 目前有喝酒者

2、多胞胎(經評估有收案需求者)

3、確診為妊娠高血壓且教育程度為高中職以下或為原住民、新住民

4、確診為妊娠糖尿病且教育程度為高中職以下或為原住民、新住民

(二)具任 1 項社會經濟風險因子(建議優先收案)

1、未滿 20 歲

2、低/中低收入戶

3、受家暴未定期產檢個案

(三)現居於山地原住民鄉及非離島縣市之離島地區(琉球鄉、綠島鄉及蘭嶼鄉)之孕產婦。

(四)孕期全程未做產檢者

(五)其他：本局可視轄內需求調整服務對象(如心理衛生、藥物濫用族群、新住民或身心障礙等)，並以社會經濟風險因子優先收案。亦可與地方社政單位建立合作管道，將符合收案條件且有需求者進行收案並提供關懷追蹤服務。

五、計畫服務流程(**附件表 2**)：

(一)個案來源及收案：

1、機構於產科門診或衛生局及婦幼發展局經由孕婦產前健康照護衛教指導服務資料，發現有符合計畫收案條件之對象，經與其說明計畫目的、服務內容及方式等，取得個案同意後收案。

2、國民健康署交付個案(未滿 20 歲、低/中低收入戶、疑似孕期全程未做產檢者、現居於山地原住民鄉及非離島縣市之離島地區之孕產婦)，或由衛生、社福、教育等其他單位轉介有關懷需求之個案，請列為優先服務個案，並將收案情形回復轉介單位。

3、有關各服務執行之時程規範說明如下，請於以下規定時間內進行收案、產前/產後評估及訪視(服務執行時程規範流程圖如**附件表 3**)：

(1)產前收案者：

①請於收案時即進行產前評估，無法於收案時執行者，請於收案日起 14 日內執行產前評估。

②請於完成產前評估日起之 30 日內進行第 1 次產前訪視(面對面諮詢、電話訪視、視訊訪視或到宅訪視)，並擬訂個別化服務計畫及視個案需求協助轉介。

③產前訪視應以每月執行為原則，定期接受產檢者，或經詢問個案意願及個管師評估，得以每 3 個月至少提供 1 次關懷追蹤服務。

④請於個案生產後 30 日內進行產後評估。

(2)產後收案者：

①請於收案時即進行產後評估，無法於收案時執行者，請於收案日起 14 日內執行產後評估。

②孕期全程未做產檢者，請於國民健康署交付清單日起 30 日內完成收案及評估。

③未滿 20 歲及受家暴未定期產檢個案，請於完成產後評估日起之 30 日內進行第 1 次產後訪視(面對面諮詢、電話訪視、視訊訪視或到宅訪視)，並擬訂個別化服務計畫及視個案需求協助轉介。

(二)需求評估、擬訂個別化服務計畫及提供關懷追蹤服務：

1、個案需求評估及擬訂個別化服務計畫：同意加入本計畫之個案，填寫個案基本資料紀錄表(**附件表 4**)，並由個管人員進行需求評估(產前、

產後至少各執行 1 次)，以瞭解高風險孕產婦(兒)狀況及其需求，並依個案需求評估結果，與個案共同討論後續服務計畫目標及執行策略，擬訂個別化服務計畫(評估表如**附件表 5)**。

2、依評估結果,若個案有其他醫療或社福資源需求者(如心理衛生問題、新生兒照護、受到不當對待、照顧情形不佳等),需醫療或社政單位介入，應掌握時效協助轉介、通報，並主動追蹤結果，並將轉介單位回復結果登錄於婦幼健康管理整合系統(轉介單如**附件表 6)**，視個案情況必要時啟動社政及衛政共同訪視合作機制。

3、提供關懷追蹤服務

(1) 關懷追蹤服務方式包括面對面諮詢、電話訪視、視訊訪視，並視個案需求提供到宅訪視，每次訪視均需有追蹤關懷服務紀錄(**附件表 7 及 8**)。

(2) 依個案評估結果提供關懷追蹤服務：應定期追蹤個案產檢情形，並視個案需求調整服務內容，包括衛教諮詢、心理支持、生育關懷、新生兒照護等服務。

4、本局應針對現居於山地原住民鄉或離島地區孕產婦訂定追蹤關懷策略或提供可近性服務(如：媒合轄區資源推動產檢外展服務、協調健保署山地離島地區醫療給付效益提升計畫(IDS)提供婦產專科服務、協助安排孕婦前往適當或最近之產檢院所或衛生所(室)接受產檢等)。

5、若個案需求及情況改變，可滾動式修訂個案評估表、執行目標及執行策略。

(三)結案：

1、 健康風險因子(有菸酒、多胞胎、確診為妊娠糖尿病/妊娠高血壓且教育程度為高中職以下或為原住民/新住民)、低/中低收入戶、現居於山地原住民鄉及非離島縣市之離島地區個案：關懷追蹤至產後 6 週止或個案表示拒絕關懷追蹤。

2、 未滿 20 歲、受家暴未定期產檢個案、孕期全程未做產檢者：關懷追蹤至產後 6 個月或個案表示拒絕關懷追蹤。

3、 如有特殊個案需於產後 6 週或 6 個月後繼續提供關懷追蹤服務，請於

成果報告另註記個案訪視情形及延長訪視原因。

4、個案管理結案條件：

(1) 服務期程已滿，且個案需求已獲滿足得以結案。

(2) 個案拒絕、轉出至其他縣市、終止妊娠、出國、空戶、個案失聯達 3 個月(每月早、中、晚不同時段聯繫未果)、個案或產兒死亡、死產等情形，得以提前結案。

六、個案照護服務次數及費用說明(一覽表如**附件表 9**)

(一)個案需求評估費：給付產前、產後各 1 次需求評估，並依評估結果擬訂個別化服務計畫及執行策略，每次新臺幣(以下同)400 元。若以到宅訪視方式進行個案需求評估，一般地區每次給付 1,700 元，原住民族地區及離島（簡稱原民區或離島）每次給付 2,040 元。

(二)關懷追蹤服務費：包括面對面諮詢、電話訪視、視訊訪視，每次給付 160 元；到宅訪視服務每次給付 1,700 元，如為原民區或離島每次給付 2,040 元。

(三)產前至產後 6 週之關懷追蹤期間以 10 個月計算，提供個案產前及產後各 1 次需求評估(每次給付 400 元)。完成收案評估後，關懷追蹤服務以每月執行為原則，每次服務依不同方式給付對應之服務費用(如前(一)及(二)項所列)，並建議於產前及產後 6 週內至少其中 1 次關懷追蹤服務以到宅訪視方式執行，並可視個案需求調整服務頻率，收案期程內總次數上限為 20 次。

(四)未滿 20 歲、受家暴未定期產檢等關懷追蹤服務期間至產後 6 個月者，除前述服務外，建議於產後 6 週至 6 個月另提供至少 3 次關懷追蹤服務(其中 1 次建議以到宅訪視方式執行)，並可視個案需求調整服務頻率，收案期程內關懷追蹤服務總次數上限為 25 次。

(五)孕期全程未做產檢者關懷追蹤服務期間至產後 6 個月，提供 1 次產後評估，及至少提供 2 次關懷追蹤服務(其中 1 次建議以到宅訪視方式執行)，另可視個案需求調整服務頻率，收案期程內關懷追蹤服務總次數上限為 6 次。

(六)參與健保署「全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案」之院所，

遇符合本計畫收案條件之高風險孕產婦(兒)者，可依本計畫服務流程進行收案並給付個案照護服務費用。

(七)個案追蹤關懷服務密度以同月份不超過 4 次為原則(懷孕週數≤30 週)或 6 次(懷孕週數>30 週)為原則，若經個管師評估個案狀況，當月服務需超過 4 次、6 次或總次數超過上限者，由合作院所向本局經國民健康署申請(申請單如**附件表 10**)，經國民健康署同意後即可執行。

(八)關懷追蹤服務期程至產後 6 週之個案，期滿後若經個管師評估個案狀況仍有關懷追蹤之需求，可逕延長至多至產後 6 個月，如服務期程超過產後 6 個月者，除遇緊急情況或不可抗力因素外，由合作院所向本局經國民健康署申請(申請單如**附件表 10**)，經國民健康署同意後即可執行。

(九)定期接受產檢者，或經詢問個案意願及個管師評估，得調整以每 3 個月提供至少 1 次關懷追蹤服務，並視個案需求提供到宅訪視服務。

伍、品質監測指標及獎勵方式

一、為鼓勵落實執行周產期高風險孕產婦(兒)之個案管理及追蹤關懷，依合作機構類別進行分組，採分組排序計分(總分 100 分)，並依各項指標之綜合分數，各組取前 2 名進行獎勵。

二、各品質監測指標如下(定義如**附件表 11**)：

編號	品質監測指標	列為考評指標	權重	提供單位
1	收案期間產檢利用率： (一)平均產檢利用率 (二)至少 4 次產檢利用率 (三)至少 8 次產檢利用率	 ✓ ✓ ✓	 15% 15% 15%	國民健康署
2	自行收案達成率	✓	10%	本局
3	國民健康署交付個案收案達成率	✓	10%	國民健康署
4	國民健康署交付個案於指定天數內：			國民健康署

編號	品質監測指標	列為考評指標	權重	提供單位
	(一)30 日內完成收案之比率 (二)45 日內完成評估之比率	✓ ✓	10% 10%	
5	國民健康署交付個案之收案拒絕率	✓	5%	國民健康署
6	關懷追蹤服務滿意度	-		本局
7	合作院所涵蓋率	-		本局
8	第 1 次兒童預防保健完成率	-		國民健康署
9	健康風險因子促進： (一)戒菸衛教提供率 (二)戒酒衛教提供率 (三)共同擬定營養或體重管理計畫之比率	 ✓ ✓ ✓	5%	國民健康署
10	有社政資源需求之高風險孕產婦(兒)轉介成功率	✓	5%	國民健康署

(備註：資料計算區間為 116 年 1 月至 10 月，以登載於國民健康署高風險孕產婦管理系統之收案資料分析為準，本局保有期間計算區間修改之權利)

陸、計畫經費編列之項目及基準

一、若於服務期程截止後(如：未滿 20 歲個案已關懷追蹤至產後 6 個月)仍繼續提關懷追蹤服務者，請於成果報告另註記個案訪視情形及延長訪視原因。

二、如到宅訪視未遇則不給付；到宅訪視如因個案拒絕，改約住家周邊其他訪視地點，仍可支領到宅訪視費用，惟仍建議以到宅訪視為優先，以確保訪視成效；若個案係前往本局(所)、婦幼發展局、醫療院所則提供面對面訪視服務費用。

柒、計畫申請及經費撥款規定

一、申請方式：依本局公文所訂日期前，函送 116 年合作同意書(如附件 1)

及品質指標預估表至本局。

二、第 1 期款：請於 **116 年 5 月 25 日前**函文繳交領據、存摺影本、期中成果報表 1 份含 Word 電子檔 1 份及院所經費明細表 1 式 2 份(如附件 12) 。

三、第 2 期款：請於 **116 年 11 月 25 日前**函文繳交領據、存摺影本、期末成果報表 1 份含 Word 電子檔 1 份及院所經費明細表 1 式 2 份(如附件 13) 。內容以 A4 大小直式橫書及務必標示頁碼，需撰寫推動成果，包含此計畫對孕產婦及新生兒照護關懷成效，提出自評與建議，並建議品質監測機制及品質提升方案等，且視委員意見修改期末成果報告等。

捌、其他事項

一、 本市產檢、接生醫療院所、助產師(士)公會及衛生所如有意願參加，**115 年 12 月 31 日(含)前**(郵戳為憑)函文並附機構用印完成之合作同意書及品質監測指標預估表 1 式 2 份，寄回臺南市政府衛生局國民健康科(730 臺南市新營區東興路 163 號，聯絡電話 06-6357716 分機 245，吳小姐收)。

二、 申請簽約機構將送衛生福利部國民健康署審核，依本局送審衛生福利部國民健康署核定後為簽訂契約之基準。

附件表 1

合作同意書

(參考格式，可依各單位需求調整)

本機構與衛生局合作同意申請 116 年度「周產期高風險孕產婦(兒)追蹤關懷計畫」，並充分瞭解「周產期高風險孕產婦(兒)追蹤關懷計畫作業申請須知」內容須配合事項，同意配合辦理。

此致

臺南市政府衛生局

同意書簽署人：

_____（機構）

_____（首長簽章）

本合作同意書簽署日期：_____年_____月_____日

附件表 2

周產期高風險孕產婦(兒)關懷追蹤計畫服務作業流程

收案條件

1. 具任 1 項健康風險因子:有吸菸或喝酒者、多胞胎(經評估有收案需求者)、確診為妊娠高血壓/妊娠糖尿病且教育程度為高中職以下或為原住民/新住民。
2. 具任 1 項社會經濟風險因子：未滿 20 歲、低/中低收入戶、受家暴未定期產檢個案。
3. 現居於山地原住民鄉及非離島縣市之離島地區(琉球鄉、綠島鄉及蘭嶼鄉)之孕產婦。
4. 孕期全程未做產檢者。

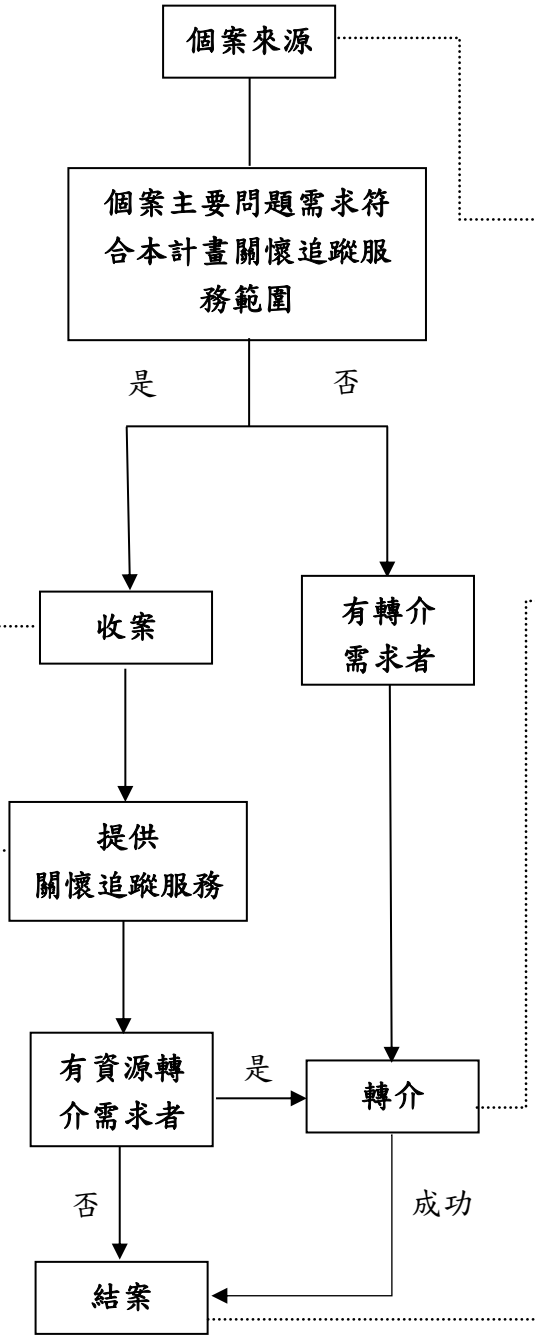
※地方政府衛生局或婦幼發展局可視轄內需求調整，並以社會經濟風險因子優先收案。

關懷追蹤服務期間及頻率

1. 產前至產後 6 週之關懷追蹤服務以每月執行為原則，可視個案需求調整服務頻率，收案期程內總次數上限為 20 次，並建議於產前及產後 6 週內至少其中 1 次關懷追蹤服務以到宅訪視方式執行。
2. 未滿 20 歲、受家暴未定期產檢等關懷期間延長至 6 個月者，於產後 6 週至 6 個月另提供 3 次關懷追蹤服務，其中 1 次建議以到宅訪視方式執行，收案期程內總次數上限為 25 次。
3. 孕期全程未做產檢者提供 1 次產後需求評估及 2 次關懷追蹤服務，其中 1 次建議以到宅訪視方式執行，收案期程內總次數上限為 6 次。
4. 如因個案狀況特殊需增加服務密度，懷孕週數 30 週前以同月份不超過 4 次為原則；懷孕週數 30 週後以同月份不超過 6 次為原則。若須超過服務次數上限或頻次，請衛生局或婦幼發展局事先向國民健康署申請同意後即可執行。

關懷追蹤服務內容

1. 產前及產後各進行 1 次個案需求評估，包括孕期相關健康識能、營養與體重問題、戒菸/酒、心理衛生問題、藥物濫用、妊娠高血壓/糖尿病、社會福利資源需求。
2. 設立目標及執行策略，提供符合個案需求的照護服務。
3. 依評估結果提供孕期至產後關懷追蹤服務，包括提供衛教資訊、建立健康識能、轉介服務等。



個案來源

1. 機構產科門診
2. 國民健康署交付個案
3. 社福、教育體系轉介
4. 其他：如透過社區活動或宣導時發現個案

轉介條件

1. 協助轉介醫療資源(戒菸/酒門診、心理衛生門診、體重管理等)。
2. 協助轉介社政資源(未成年、經濟問題、家庭暴力、疑似性侵害、出養等)。
3. 其他經個管人員評估有其他資源需求之情況。
4. 有轉介需求者須填寫轉介單，並追蹤轉介處理結果填入孕婦健康管理整合系統。

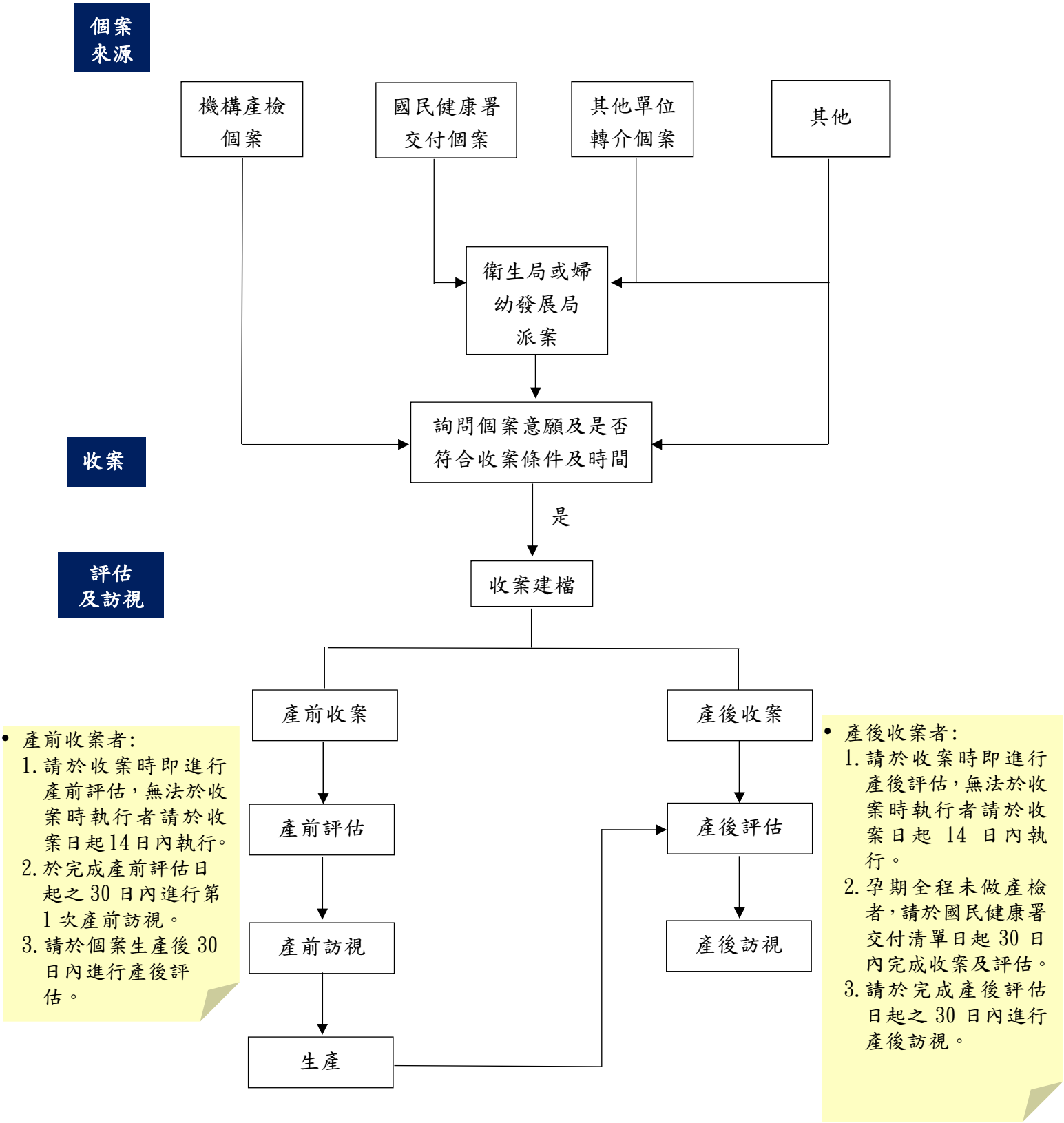
※個案轉換產檢機構或遷往其他縣市，應協助將個案轉往新產檢機構或地方政府衛生局或婦幼發展局。

結案條件

1. 服務期程已滿且個案需求已獲滿足
2. 個案拒絕
3. 轉出至其他縣市。
4. 終止妊娠
5. 出國
6. 空戶、個案失聯。
7. 個案死亡
8. 產兒死亡
9. 死產
10. 其他

附件表 3

「周產期高風險孕產婦(兒)追蹤關懷計畫」服務時程規範流程圖



附件表 4

周產期高風險孕產婦(兒)追蹤關懷計畫基本資料

個案編號：　　建檔日期：　年　月　日

<table>
<tr><td rowspan="2">個案來源</td><td>主要</td><td>☐本機構產檢個案</td><td>☐健康署交付個案
☐未滿 20 歲
☐低/中低收入戶
☐現居於山地原住民鄉及非離島縣市之離島地區
☐孕期全程未做產檢，未做產檢原因：_____</td><td>☐社福體系轉介_____
☐教育體系轉介_____
☐其他_____</td></tr>
<tr><td>次要</td><td>☐本機構產檢個案</td><td>☐健康署交付個案
☐未滿 20 歲
☐低/中低收入戶
☐現居於山地原住民鄉及非離島縣市之離島地區
☐孕期全程未做產檢，未做產檢原因：_____</td><td>☐社福體系轉介_____
☐教育體系轉介_____
☐其他_____</td></tr>
<tr><td rowspan="10">基本資料</td><td>姓名</td><td colspan="2"></td><td>出生日期　_____年_____月_____日</td></tr>
<tr><td>身分證字號
(統一證號或外籍人士護照號碼)</td><td colspan="3">☐身分證字號：
☐統一證號：
☐外籍人士護照號碼：</td></tr>
<tr><td>現居地址</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>聯絡方式</td><td colspan="3">手機：_____住家：(_____)- _____</td></tr>
<tr><td>婚姻狀態</td><td colspan="3">☐未婚　☐已婚　☐離婚　☐其他：_____</td></tr>
<tr><td>身分類別</td><td colspan="3">☐本國籍 ☐原住民　☐新住民</td></tr>
<tr><td>家中同住者</td><td colspan="3">☐丈夫　☐父/母　☐公/婆　☐兄弟姊妹　☐其他：_____</td></tr>
<tr><td>教育程度</td><td colspan="3">☐國小　☐國中　☐高中(職)　☐大學　☐研究所或以上</td></tr>
<tr><td>身心障礙</td><td colspan="3">☐是，☐輕度　☐中度　☐重度
☐否</td></tr>
<tr><td>收案條件
(可複選)</td><td colspan="3">健康風險因子
☐目前有吸菸
☐目前有喝酒
☐確診為妊娠高血壓且教育程度為高中職以下或為原住民、新住民
☐確診為妊娠糖尿病且教育程度為高中職以下或為原住民、新住民
☐多胞胎(經評估有收案需求者)
社會經濟風險因子
☐未滿 20 歲
☐低/中低收入戶
☐受家暴未定期產檢個案
☐現居於山地原住民鄉及非離島縣市之離島地區
☐孕期全程未做產檢者
☐其他(可視轄內需求調整)：_____
☐藥物濫用高風險族群
☐心理衛生問題</td></tr>
</table>

		☐新住民 ☐身心障礙者		
	預產期	_____年_____月_____日	收案時懷孕週數	_____週
	生產日期	_____年_____月_____日		
	曾懷孕次數		胎次	
	預計服務期程	____年____月____日		
	備註			

產檢紀錄

產檢序次	執行日期
第 1 次產檢	
第 2 次產檢	
第 3 次產檢	
第 4 次產檢	
第 5 次產檢	
第 6 次產檢	
第 7 次產檢	
第 8 次產檢	
第 9 次產檢	
第 10 次產檢	
第 11 次產檢	
第 12 次產檢	
第 13 次產檢	
第 14 次產檢	

兒童預防保健紀錄

兒童預防保健序次	執行日期
第 1 次兒童預防保健	
第 2 次兒童預防保健	
第 3 次兒童預防保健	

結案

結案日期：_____年_____月_____日

結案原因：

☐服務期程已滿
☐個案拒絕
☐轉出至其他縣市：_____(縣市)
☐終止妊娠
☐出國
☐個案失聯
☐個案死亡
☐產兒死亡，死亡日期：_____，死亡原因：_____
☐死產
☐其他：_____

附件表 5

周產期高風險孕產婦(兒)追蹤關懷計畫產前個案評估個別化服務計畫

評估方式：☐電訪☐面訪☐視訊☐到宅訪視　　評估日期：_____年_____月_____日

評估項目	評估結果	計畫目標(複選)	執行策略(複選)	執行日期
1.孕期相關健康識能	1.了解產檢項目 ☐是 ☐否 2.是否定期產檢 ☐是 ☐否 3.了解孕期危險徵兆 ☐是 ☐否 4.了解孕期不適處理方式 ☐是 ☐否 5.了解生產徵兆 ☐是 ☐否 6.了解運動注意事項 ☐是 ☐否 7.了解母乳哺餵好處 ☐是 ☐否	☐了解產檢項目並定期產檢 ☐了解孕期危險徵兆 ☐了解生產徵兆 ☐了解孕期不適處理方式 ☐了解運動注意事項 ☐了解母乳哺餵的好處 ☐其他：_____	☐提供產檢相關服務資訊 ☐定期追蹤個案產檢情形 ☐提供危險徵兆、生產徵兆之衛教 ☐提供孕期不適症狀及處理方式之衛教 ☐提供孕期運動注意事項之衛教 ☐提供母乳哺餵之衛教 ☐盡速安排到宅訪視 ☐加強面訪、電訪、視訊追蹤 ☐其他：_____	
2.營養、體重問題	☐是， ☐醫療診斷營養缺乏_____(如葉酸、鐵、鈣、維生素 D 及維生素 B12) ☐飲食不均衡 (建議可以「我的餐盤」進行評估) ☐體重過重 ☐體重過輕 ☐其他：_____ ☐否	☐了解孕期飲食原則並均衡飲食 ☐依營養/體重管理計畫執行 ☐營養素攝取行為正常 ☐孕期體重增加不超過建議範圍區間(可參考孕婦衛教手冊) ☐其他：_____	☐提供孕期飲食原則及均衡飲食之衛教 ☐與個案共同擬定營養管理計畫 ☐與個案共同擬定體重管理計畫 ☐衛教葉酸、鐵、鈣、維生素 D 及維生素 B12 等營養素補充及食物 ☐盡速安排到宅訪視 ☐加強面訪、電訪、視訊追蹤 ☐其他：_____	
3.吸菸、喝酒使用	吸菸 ☐是，___天/週，___包/週 ☐否 喝酒 ☐是，___天/週，___瓶/週 (一瓶以 600ml 計算) ☐否	☐戒菸 ☐戒酒 ☐減少吸菸量至每___天/週，___包/週 ☐減少飲酒量至每___天/週，___包/瓶(一瓶以 600ml 計算) ☐其他：_____	吸菸 ☐提供戒菸之衛教(吸菸對孕婦及胎兒影響、戒菸益處、戒菸方法及資源等) ☐提供戒治團體資訊 ☐轉介戒菸專線 ☐轉介至戒菸門診 ☐盡速安排到宅訪視 ☐加強面訪、電訪、視訊追蹤 ☐其他：_____ 喝酒 ☐提供戒酒之衛教(喝酒對孕婦及胎兒影響、戒酒益處、戒酒方法及資源等) ☐提供戒治團體資訊	

評估項目	評估結果	計畫目標(複選)	執行策略(複選)	執行日期
			☐轉介酒癮戒治機構 ☐盡速安排到宅訪視 ☐加強面訪、電訪、視訊追蹤 ☐其他：_____	
4.心理衛生問題	☐是， ☐心情溫度計____分 ☐孕婦產前健康照護衛教指導 2 題心情溫度計中有勾「是」 ☐其他：_____ ☐否	☐減緩個案因孕期、生產產生之憂鬱 ☐協助轉介至心理衛生機構或專科醫師 ☐其他： _____	☐提供心理衛生問題防治衛教與關懷 ☐提供心理衛生機構或專科醫師相關資訊 ☐轉介心理衛生機構或專科醫師 ☐盡速安排到宅訪視 ☐加強面訪、電訪、視訊追蹤 ☐其他：_____	
5.藥物濫用情形	☐是 ☐否	☐協助轉介至戒治機構、替代治療執行機構 ☐其他： _____	☐提供藥物濫用防治衛教與關懷 ☐提供轉介毒品危害防制中心、衛生福利部指定藥癮戒治機構、替代治療執行機構等相關資訊 ☐盡速安排到宅訪視 ☐加強面訪、電訪、視訊追蹤 ☐其他：_____	
6.妊娠高血壓/妊娠糖尿病	☐是， ☐妊娠高血壓 ☐妊娠糖尿病 ☐否	☐依血壓/血糖控制計畫執行並且控制良好 ☐轉介至「高危險妊娠孕產婦及新生兒照護品質中度級、重度級急救責任醫院」 ☐其他： _____	☐與個案共同擬定控制血壓/血糖計畫 ☐衛教依醫囑按時服藥並提供諮詢 ☐教導血壓/血糖自我監測及惡化的症狀與徵象 ☐提供營養、運動相關衛教 ☐轉介至「高危險妊娠孕產婦及新生兒照護品質中度級、重度級急救責任醫院」 ☐盡速安排到宅訪視 ☐加強面訪、電訪、視訊追蹤 ☐其他：_____	
7.社會福利資源需求	☐是，所需原因： ☐經濟支持 ☐家庭暴力 ☐疑似性侵害個案 ☐未滿 20 歲 ☐出養服務	☐協助轉介至社會局(處)(包含關懷 E 起來通報系統) ☐協助轉介院內社工 ☐其他： _____	☐提供各項補助資訊：各種津貼與生育給付資訊 ☐轉介社會局(處)(包含關懷 E 起來通報系統) ☐轉介院內社工 ☐其他：_____	

評估項目	評估結果	計畫目標(複選)	執行策略(複選)	執行日期
	☐其他：_____ ☐否			
綜合評估結果及其他服務重點建議				

周產期高風險孕產婦(兒)追蹤關懷計畫產後個案評估個別化服務計畫

評估方式：☐電訪☐面訪☐視訊☐到宅訪視　　評估日期：_____年_____月_____日

對象	評估項目	評估結果	計畫目標(複選)	執行策略(複選)	執行日期
孕產婦	1.心理衛生問題	☐是， ☐心情溫度計___分 ☐愛丁堡產後憂鬱症評估量表____分 ☐其他：_____ ☐否	☐減緩個案產後憂鬱情形 ☐協助轉介至心理衛生機構或專科醫師 ☐其他：_____	☐提供產後憂鬱衛教與關懷 ☐提供心理衛生機構或專科醫師相關資訊 ☐轉介心理衛生機構或專科醫師 ☐盡速安排到宅訪視 ☐加強面訪、電訪、視訊追蹤 ☐其他：_____	
	2.哺乳情況	☐母乳哺餵，是否了解哺餵技巧(包含擠乳方式、母乳儲存、哺餵姿勢、溢奶/吐奶處理等) ☐是 ☐否，缺乏_____相關哺餵技巧 ☐配方奶，是否了解哺餵技巧(包含哺餵姿勢、沖泡溫度、溢奶/吐奶處理、奶瓶清潔消毒等) ☐是 ☐否，缺乏_____相關哺餵技巧 ☐不適用	☐了解哺乳注意事項並依新生兒需求進行哺餵 ☐了解母乳支持系統相關資訊 ☐其他：_____	☐依個案母乳哺育或配方奶提供衛教 ☐提供母乳支持系統相關資訊 ☐盡速安排到宅訪視 ☐加強面訪、電訪、視訊追蹤 ☐其他：_____	
	3.產後營養、體重問題	☐是，☐飲食不均衡 ☐體重過重　體重過輕 ☐不了解產後適合的運動及注意事項 ☐其他：_____ ☐否	☐均衡飲食 ☐規律運動 ☐其他：_____	☐提供均衡飲食衛教、規律運動衛教 ☐洽詢營養師/醫師改善飲食或營養補充品 ☐盡速安排到宅訪視 ☐加強面訪、電訪、視訊追蹤 ☐其他：_____	
	4.妊娠高血壓、妊娠糖尿病是否改善	☐是 ☐否，☐定期回診追蹤 ☐未定期回診追蹤 ☐其他：_____ ☐無妊娠高血壓、妊娠糖尿病	☐定期回診追蹤 ☐均衡飲食 ☐規律運動 ☐其他：_____	☐定期追蹤個案回診情形 ☐提供均衡飲食衛教 ☐衛教產後適合的運動及注意事項 ☐盡速安排到宅訪視 ☐加強面訪、電訪、視訊追蹤 ☐其他：_____	

對象	評估項目	評估結果	計畫目標(複選)	執行策略(複選)	執行日期
	5.是否了解避孕方式	☐是 ☐否	☐了解各種避孕方式 ☐其他： _____	☐依個案需求，提供避孕方法之衛教 ☐加強面訪、電訪、視訊追蹤 ☐其他：_____	
	6.親子互動情況	1.新生兒哭鬧時是否可適當安撫 ☐是 ☐否_____ ☐不適用 2.是否主動與新生兒互動 ☐是 ☐否_____ ☐不適用 3.是否有執行親子共讀 ☐是 ☐否_____ ☐不適用	☐可適當安撫新生兒 ☐建立良好之親子互動 ☐了解親子共讀重要性並執行 ☐其他： _____	☐提供新生兒安撫技巧之衛教 ☐提供親子共讀對幼兒發展重要性之衛教 ☐提供親子共讀資訊(影片網址：http://ppt.cc/fR3w0x)，鼓勵執行親子共讀，或提供教育部「適合嬰幼兒閱讀之優良圖書」資訊(https://pse.is/4hs8zm) ☐盡速安排到宅訪視 ☐加強面訪、電訪、視訊追蹤 ☐其他：_____	
	7.社會福利資源需求	☐是，所需原因： ☐經濟支持 ☐家庭暴力 ☐疑似性侵害個案 ☐未滿 20 歲 ☐托育支持服務 ☐出養服務 ☐否	☐協助轉介至社會局(處)(包含關懷 E 起來通報系統) ☐協助轉介院內社工 ☐其他：_____	☐提供各項補助資訊(如津貼與生育給付資訊) ☐提供出養服務資訊 ☐轉介社會局(處)(包含關懷 e 起來通報系統) ☐轉介院內社工 ☐其他：_____	
新生兒身份證字號			新生兒出生日期	_____年_____月_____日	
新生兒	8.安全環境評估	1.居家環境是否安全(包含注意防撞/防跌、陽台欄杆、樓梯、電器/繩索類等危險物品) ☐是 ☐否 ☐不適用 2.睡眠環境是否安全(包含不趴睡、嬰兒床面、床欄杆間距等注意事項) ☐是 ☐否 ☐不適用 3.外出乘車環境是否安全(如使用安全座椅並了解注意事項) ☐是 ☐否 ☐不適用	☐改善家中安全環境 ☐改善新生兒睡眠環境 ☐改善外出乘車環境 ☐了解事故傷害之預防方式 ☐其他： _____	☐提供居家安全事故傷害防制衛教 ☐提供新生兒睡眠環境之衛教 ☐衛教有關安全座椅之選擇及使用注意事項 ☐協助執行兒童衛教手冊預防事故傷害評估表 ☐盡速安排到宅訪視 ☐加強面訪、電訪、視訊追蹤 ☐其他：_____	

對象	評估項目	評估結果	計畫目標(複選)	執行策略(複選)	執行日期
	9.健康狀況	1.是否為早產兒 ☐是(續 2)　☐否(至 3) 2.是否了解早產兒照護方式及注意事項(包含行為照護、追蹤檢查、可用資源等) ☐是　☐否　☐不適用 3.是否了解新生兒黃疸之徵狀、照護方式及注意事項 ☐是　☐否　☐不適用 4.是否了解新生兒常見疾病處理 ☐是　☐否　☐不適用 5.是否參與出生至 2 個月內之兒童健檢及衛教指導 ☐是　☐否　☐不適用 6.是否參與出生 2 個月至 4 個月內之兒童健檢及衛教指導 ☐是　☐否　☐不適用 7.是否了解新生兒排便性狀及注意事項 ☐是　☐否　☐不適用 8.是否已接受新生兒聽力篩檢 ☐是　☐否　☐不適用	☐了解早產兒照護方式及注意事項(包含行為照護、可用資源等) ☐早產兒定期回診追蹤 ☐了解新生兒黃疸之徵狀、照護方式及注意事項 ☐了解新生兒常見疾病處理方式 ☐接受出生至 2 個月內兒童健檢及衛教指導 ☐接受出生 2 個月至 4 個月內兒童健檢及衛教指導 ☐了解新生兒排便性狀及注意事項(參考兒童健康手冊大便辨識卡) ☐接受新生兒聽力篩檢 ☐其他： _____	☐提供早產兒照護方式及注意事項衛教 ☐定期追蹤早產兒回診情形及結果 ☐提供新生兒黃疸徵狀、照護方式及注意事項之衛教 ☐提供新生兒常見疾病及處理方式之衛教 ☐衛教兒童健檢及衛教指導內容及重要性 ☐提供新生兒排便性狀及注意事項之衛教(參考兒童健康手冊大便辨識卡) ☐提供新生兒聽力篩檢內容及重要性之衛教，並協助執行嬰幼兒聽力自我評估(兒童衛教手冊) ☐盡速安排到宅訪視 ☐加強面訪、電訪、視訊追蹤 ☐其他：_____	

綜合評估結果及其他服務重點建議

附件表 6

周產期高風險孕產婦(兒)追蹤關懷計畫轉介單

轉介單位	轉介單位		轉介日期	
	轉介聯絡人		聯絡電話	
	聯絡方式 (Email 或傳真)			
個案基本資料	姓　　名		出生日期	
	身份證字號		身分類別	□本國籍 □原住民 □新住民
	連絡地址			
	聯絡方式	手機:_____ 住家:(　　)-_____		
	婚姻狀態	□未婚 □已婚 □離婚 □其他：_____	身心障礙	□是，□輕度 □中度 □重度 □否
	預 產 期		幼兒出生日期	
受轉介單位				
收案條件(各局處轉醫療機構)		□目前有吸菸者 □目前有喝酒者 □藥物濫用高風險族群 □多胞胎 □心理衛生問題 □確診為妊娠高血壓且教育程度為高中職以下或為原住民、新住民 □確診為妊娠糖尿病且教育程度為高中職以下或為原住民、新住民 □現居於山地原住民鄉及非離島縣市之離島地區 □未滿 20 歲 □低/中低收入戶 □受家暴未定期產檢個案 □孕期全程未做產檢者 □身心障礙 □其他:_____		
轉介原因(各醫療機構轉各局處)		□吸菸 □喝酒 □藥物濫用 □體重管理問題 □心理輔導暨情緒支持 □未滿 20 歲 □經濟問題 □家庭暴力 □疑似性侵害個案 □出養服務 □脆弱家庭育兒指導服務方案 □其他:_____		
問 題 概 述		(請”各局處轉醫療機構”敘述個案希望轉介的前三名醫療機構)		

轉介處理追蹤 (本欄由收案單位填寫)	處理單位			
	處理情形摘要			
	聯 絡 人		聯絡方式	
	回覆日期			

※請貴單位回復處理情形摘要予轉介單位 d00389@tncghb.gov.tw

附件表 7

周產期高風險孕產婦(兒)追蹤關懷計畫追蹤關懷服務紀錄(面訪、電訪、視訊)

服務日期	產前/產後	服務型式	預計下次產檢日期	服務項目	服務內容說明
	☐產前 ☐產後	☐面訪 ☐電訪 ☐視訊			
	☐產前 ☐產後	☐面訪 ☐電訪 ☐視訊			
	☐產前 ☐產後	☐面訪 ☐電訪 ☐視訊			
	☐產前 ☐產後	☐面訪 ☐電訪 ☐視訊			
	☐產前 ☐產後	☐面訪 ☐電訪 ☐視訊			
	☐產前 ☐產後	☐面訪 ☐電訪 ☐視訊			
	☐產前 ☐產後	☐面訪 ☐電訪 ☐視訊			
	☐產前 ☐產後	☐面訪 ☐電訪 ☐視訊			
	☐產前 ☐產後	☐面訪 ☐電訪 ☐視訊			
	☐產前 ☐產後	☐面訪 ☐電訪 ☐視訊			
	☐產前 ☐產後	☐面訪 ☐電訪 ☐視訊			
	☐產前 ☐產後	☐面訪 ☐電訪 ☐視訊			

(本表若不敷使用請自行增列)

附件表 8

周產期高風險孕產婦(兒)追蹤關懷計畫到宅訪視重點項目

<table>
<tr><td>服務日期</td><td></td><td>執行單位</td><td></td></tr>
<tr><td>產前/產後</td><td colspan="3">☐產前
☐產後</td></tr>
<tr><td>服務地點</td><td colspan="3">☐住家
☐其他:_____</td></tr>
<tr><td rowspan="7">項目</td><td colspan="3">☐家中環境評估(包含孕產婦、新生兒環境安全等)</td></tr>
<tr><td colspan="3">☐家庭關係(包含家人、母嬰等)</td></tr>
<tr><td colspan="3">☐孕產婦心理狀況</td></tr>
<tr><td colspan="3">☐哺乳情形</td></tr>
<tr><td colspan="3">☐親子互動</td></tr>
<tr><td colspan="3">☐新生兒照護</td></tr>
<tr><td colspan="3">☐其他:_____</td></tr>
<tr><td>評估結果</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>服務重點建議</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

附件表 9

各收案條件照護服務期程及次數一覽表

<table>
<tr><th rowspan="2">收案條件</th><th colspan="2">提供之關懷追蹤照護服務</th><th rowspan="2">依個案需求
彈性調整</th></tr>
<tr><th>收案至產後 6 週</th><th>產後 6 週至 6 個月</th></tr>
<tr><td>(一)健康風險因子、低/中低收入戶、現居於山地原住民鄉及非離島縣市之離島地區、其他收案個案</td><td rowspan="2">1. 提供產前、產後各 1 次需求評估(每次給付 400 元)。
2. 完成收案評估後，每月執行關懷追蹤服務為原則。以「面對面、電話或視訊」方式提供服務，每次給付 160 元；以「到宅訪視」方式提供服務，每次給付 1,700 元，若為原民區或離島每次給付 2,040 元。
3. 建議於產前及產後 6 週內至少其中 1 次關懷追蹤服務以到宅訪視方式執行。</td><td></td><td>1. 關懷追蹤服務上限 20 次，懷孕週數 30 週前以同月份不超過 4 次為原則；懷孕週數 30 週後以同月份。
2. 服務期滿後若經個管師評估個案狀況仍有關懷追蹤之需求，可逕延長至產後 6 個月。</td></tr>
<tr><td>(二)未滿 20 歲、受家暴未定期產檢個案</td><td>另提供至少 3 次關懷追蹤服務，其中 1 次建議以到宅訪視方式執行。</td><td>關懷追蹤服務上限 25 次，懷孕週數 30 週前以同月份不超過 4 次為原則；懷孕週數 30 週後以同月份不超過 6 次為原則。</td></tr>
<tr><td>(三)孕期全程未做產檢者</td><td></td><td>1. 產後需求評估 1 次(給付 400 元)。
2. 關懷追蹤服務 2 次，其中 1 次建議以到宅訪視方式執行。</td><td>關懷追蹤服務上限 6 次，並以同月份不超過 4 次為原則。</td></tr>
<tr><td>(四)特殊需求個案</td><td colspan="3">經個管人員評估同月份服務次數需大於 4 次(懷孕週數≤30 週)或 6 次(懷孕週數>30 週)、總次數超過上限、關懷追蹤服務期程逾 6 個月者，由本局或婦幼發展局事先向國民健康署申請，經國民健康署同意後即可執行。</td></tr>
</table>

附件表 10

「周產期高風險孕產婦(兒)追蹤關懷計畫」個案延長/增加訪視次數申請表

申請日期：_____聯絡人：_____連絡電話_____

申請單位：_____

個案編號		個案姓名		身分證號		
收案院所				院所代碼		
收案日期			預計結案日		個案出生日	
收案條件						
增加項目	※產前					
	產前評估_____次 ☐電訪_____次 ☐面訪_____次 ☐視訊_____次 ☐到宅訪視_____次					
	※產後					
	☐產後評估_____次 ☐電訪_____次 ☐面訪_____次 ☐視訊_____次 ☐到宅訪視_____次					
預計延長追蹤迄日	_____年_____月_____日(無申請延長免填)					
說明	1. 已電訪日期: 2. 已面訪日期： 3. 其他敘述：					

衛生局承辦人員：　　主管簽核：

國民健康署回復
☐同意 ☐不同意，原因：_____

健康署承辦人員：　　主管簽核：

附件表 11

品質監測指標定義

編號	品質監測指標	定義
1	收案期間產檢利用率： (一)平均產檢利用率 (二)至少 4 次產檢利用率 (三)至少 8 次產檢利用率	**(1)平均利用率：** □分子：收案之孕產婦於收案期間實際接受產檢次數。 □分母：收案之孕產婦收案期間應接受產檢之次數。 **(2)至少 4 次產檢利用率：** □分子：收案之孕產婦於收案期間實際執行產檢次數≧4 次之人數。 □分母：收案之孕產婦於收案期間應執行產檢次數≧4 次之人數。 **(3)至少 8 次產檢利用率：** □分子：收案之孕產婦於收案期間實際執行產檢次數≧8 次之人數。 □分母：收案之孕產婦於收案期間應執行產檢次數≧8 次之人數。 (註) 1. 新案計算起日為收案日(舊案為計畫年度 1 月 1 日)、計算迄日以生產日、結案日或計畫年度最後一日，三者間最早的日期作為迄日，依現行各次產檢建議週數計算起訖日間「應執行產檢次數」，其中應執行次數為 0 者(包含產後收案)排除不計。 2. 排除無生產日期、終止妊娠、孕期全程未做產檢者。 3. 資料來源：婦幼健康管理整合系統、健保署孕婦產前檢查申報資料、新住民未納保產前檢查補助資料。
2	自行收案達成率	□分子：當年度轄區實際收案數扣除本署交付個案中已收案數。 □分母：國民健康署建議各縣市自行收案數。 (註) 1.含前一年度未結案當年度仍持續訪視數及當年度新收案數加總。 2.資料來源：婦幼健康管理整合系統。

編號	品質監測指標	定義
3	國民健康署交付個案收案達成率	◻分子：國民健康署交付個案中已收案之人數。 ◻分母：國民健康署交付總個案數(未滿 20 歲、低/中低收入戶、現居於山地原住民鄉及非離島縣市之離島地區之孕產婦、疑似孕期全程未做產檢者)。 (註) 1.排除拒絕收案、終止妊娠、電話無接聽(一週內不同時段 3 次聯繫未果)、空號、已生產但不符合收案條件等之個案。 2.資料來源：婦幼健康管理整合系統。
4	國民健康署交付個案於指定天數內： (一)30 日內完成收案之比率 (二)45 日內完成評估之比率	**(1)30 日內完成收案之比率** ◻分子：國民健康署交付個案中於 30 日內完成收案之案數。 ◻分母：國民健康署交付總個案數(含未滿 20 歲、低/中低收入戶、現居於山地原住民鄉及非離島縣市之離島地區之孕產婦、疑似孕期全程未做產檢者)。 **(2)45 日內完成評估之比率** ◻分子：國民健康署交付個案中於 45 日內完成產前或產後評估之案數。 ◻分母：國民健康署交付總個案數(含未滿 20 歲、低/中低收入戶、現居於山地原住民鄉及非離島縣市之離島地區之孕產婦、疑似孕期全程未做產檢者)。 (註) 1.排除條件：個案拒絕、終止妊娠、電話無接聽(一週內不同時段 3 次聯繫未果)、空號、已生產但不符合收案條件之個案。 2.國民健康署交付個案中於 45 日內完成產前或產後之評估其中 1 項即列計為分子。 3.資料來源：婦幼健康管理整合系統。
5	國民健康署交付個案之收案拒絕率	◻分子：國民健康署交付個案清單中，排除原因為「個案拒絕」之個案數。 ◻分母：國民健康署交付個案清單中，排除「終止妊娠」、「個案失聯」、「出國」、「電話無接聽(一週內不同時段 3 次聯繫未果)」、「空號或無其他聯繫方式」、「已生產逾收案期程」、「不符合收案條件」及「其他」之個案數。

編號	品質監測指標	定義
		(註)資料來源：婦幼健康管理整合系統。
6	關懷追蹤服務滿意度	◻分子：高風險收案孕產婦(兒)接受關懷追蹤服務感到滿意以上之人數。 ◻分母：當年度已結案之高風險孕產婦(兒)人數。 (註) 1. 各地方政府衛生局或婦幼發展局於計畫書、期末報告書中呈現衛生局或婦幼發展局或合作單位所調查之關懷追蹤服務滿意度成果。 2. 計算考評指標時，係由國民健康署辦理關懷追蹤服務滿意度調查結果列計。
7	合作院所涵蓋率	◻分子：轄區參與本計畫之產檢院所數。 ◻分母：轄區提供產檢服務之院所數。
8	第 1 次兒童預防保健完成率	◻分子：收案超過產後 2 個月之孕產婦其新生兒有接受第 1 次兒童預防保健之人數 ◻分母：收案超過產後 2 個月之個案數。 (註)資料來源：健保署兒童預防保健申報資料。
9	健康風險因子促進： (一)戒菸衛教提供率 (二)戒酒衛教提供率 (三)共同擬定營養或體重管理計畫之比率	(一)及(二)戒菸(酒)衛教提供率 ◻分子：收案孕婦中接受戒菸(戒酒)衛教的人數。 ◻分母：收案孕婦中有吸菸(飲酒)的人數。 (註) 1. 依產前評估表「3-吸菸、喝酒使用」勾選「是」為分母；執行策略中勾選「提供戒酒之衛教」且任 1 次訪視紀錄中有執行該項者為分子。 2. 資料來源：婦幼健康管理整合系統。 (三)共同擬定營養或體重管理計畫之比率 ◻分子：與個案共同擬訂營養或體重管理計畫之人數。 ◻分母：個案評估結果中有營養、體重問題者。 (註) 1. 依產前評估表「2-營養、體重問題」勾選「是」為分母；執行策略中勾選「共同擬訂營養或體

編號	品質監測指標	定義
		重管理計畫」且任 1 次訪視紀錄中有執行該項者為分子。 2. 資料來源：婦幼健康管理整合系統。
10	有社政資源需求之高風險孕產婦(兒)轉介成功率	◻分子：將受轉介單位回復之結果填復婦幼健康管理整合系統案數(轉介原因為社政相關)。 ◻分母：收案孕產婦(兒)中填寫轉介單之案數(轉介原因為社政相關)。 (註) 1. 轉介原因勾選未滿 20 歲、經濟問題、家庭暴力、疑似性侵害個案、出養服務或脆弱家庭育兒指導服務方案其中 1 項之轉介單數作為分母。 2. 同一位個案有 2 張轉介單之轉介原因皆為社政相關，則分母為 2。